

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 112

TRAVAIL de la CLINIQUE du PROFESSEUR L. TIXIER

De l'Arthrostomie du Genou

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 16 Décembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Eugène DUPRAT

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 13 Juillet 1905 à BATNA (Constantine)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930

DE L'ARTHROSTOMIE DU GENOU



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 N° 112

TRAVAIL de la CLINIQUE du PROFESSEUR L. TIXIER

De l'Arthrostomie du Genou

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 16 Décembre 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Eugène DUPRAT

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 13 Juillet 1905 à BATNA (Constantine)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1930



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	GAYET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutiques générales	VALLAS
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	ETIENNE MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULLIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	CHAMRON
ROCHAIX	NOEL	ROCHET (Ph.)	CIBERT
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	EPARVIER
MAZEL	DUFOURT	GATE	GUILLEMINET
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	MORENAS
CHALIER (Andre)	GABRIELLE	DECHAUME	ROCHE
	MANCEAU	POLLOSSON	REBATTU ch.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, président ; BONNET, assesseur ;

POLLOSSON et CIBERT, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE FERNAND

A LA MÉMOIRE DE CEUX DES MIENS QUI NE SONT PLUS

A MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE, A MA MÈRE

En témoignage d'une affection
et d'une reconnaissance qu'aucun
mot ne saurait exprimer.

A MES FRÈRES MARCEL ET ROBERT

A MES ONCLES, TANTES
COUSINS ET COUSINES

A MES AMIS

A MES CAMARADES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. TIXIER

Professeur de Clinique chirurgicale
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse. Nous le prions de croire à
notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. BONNET

Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Nous garderons un souvenir ému de l'accueil plein de bienveillance que nous avons toujours trouvé auprès de lui.

L'idée de ce travail lui appartient et il ne nous a ménagé ni son temps ni sa peine pour nous permettre de le mener à bien.

Qu'il soit assuré de notre vive reconnaissance.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX ET FACULTÉS
D'ALGER ET DE LYON

A MES CHEFS DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Je dédie cette thèse.

DE L'ARTHROSTOMIE DU GENOU

Introduction

L'arthrostomie du genou est essentiellement une arthrotomie du genou, complétée par l'abouchement à la peau des lèvres de la synoviale.

Peu de temps avant la guerre, au début de 1914, le Professeur Tixier, guidé par un principe de chirurgie générale, eut l'idée de parfaire le drainage de la synoviale et d'isoler le foyer infectieux des loges celluluses voisines, comme on le réalise journellement par la péritonisation dans la chirurgie abdominale.

Pendant la guerre il mit à profit largement ce perfectionnement de la technique de l'arthrotomie, et inspira sur ce sujet la thèse de Charles Hervieux « Du traitement des arthrites suppurées traumatiques du genou (sans lésions osseuses) par l'arthrostomie », Lyon, juillet 1915.

De son côté, le professeur agrégé P. Bonnet, qui avait assisté le professeur Tixier lors de son opération initiale, pratiqua lui-même de façon courante, cette intervention, au cours de la grande guerre, et chercha à préciser, par une étude sur le cadavre, la meilleure technique opératoire.

C'est la technique opératoire qui fera l'objet de notre travail, de façon à peu près exclusive. C'est pourquoi nous ne rapporterons qu'une observation, celle que le professeur agrégé P. Bonnet a présentée dernièrement à la société de chirurgie de Lyon.

Nous avons bien retrouvé dans les registres de la clinique du professeur Tixier un certain nombre d'observations. Par ailleurs le D^r Bonnet nous a remis une vingtaine d'observations qui datent de la guerre. Nous en faisons état pour la direction générale de notre travail, mais nous avons cru ne pas devoir les rapporter. La plupart ont trait, en effet, à des arthrites suppurées accompagnées de graves lésions osseuses qui dominent le pronostic, et souvent associées à des blessures multiples d'autres organes, ce qui complique l'appréciation des résultats.

Bien que l'arthrostomie du genou soit un perfectionnement, valable dans tous les cas où l'arthrotomie est indiquée elle trouve des indications idéales dans les lésions de la synoviale non accompagnées de désordres osseux, dans les synovites suppurées du genou.

C'est pourquoi nous n'avons choisi qu'une observation, la plus caractéristique, pour illustrer notre travail.

CHAPITRE PREMIER

Données anatomiques relatives à l'arthrostomie

Dans le désir de faciliter la lecture de notre travail, nous ne reviendrons pas sur les notions anatomiques classiques, relatives à la synoviale du genou. Nous les supposons connues de tous, et renvoyons aux traités d'anatomie.

Ici, nous n'aurons en vue que ce que le chirurgien doit connaître pour exécuter une opération correcte.

a) Anatomie pathologique des synovites suppurées du genou

Au début de son évolution une synovite suppurée du genou est pratiquement limitée à la grande synoviale et au cul de sac sous-tricipital qui en fait partie.

Les altérations de la membrane synoviale, particulièrement dans les arthrites métastiques, sont parfois

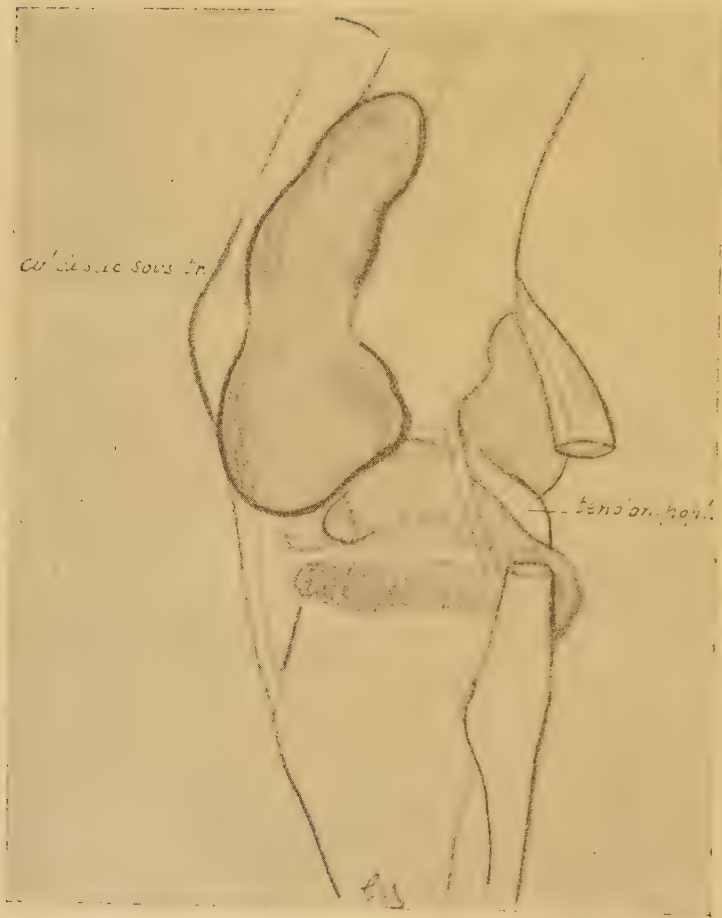


FIG. 2. — Distension de la synoviale, face externe.

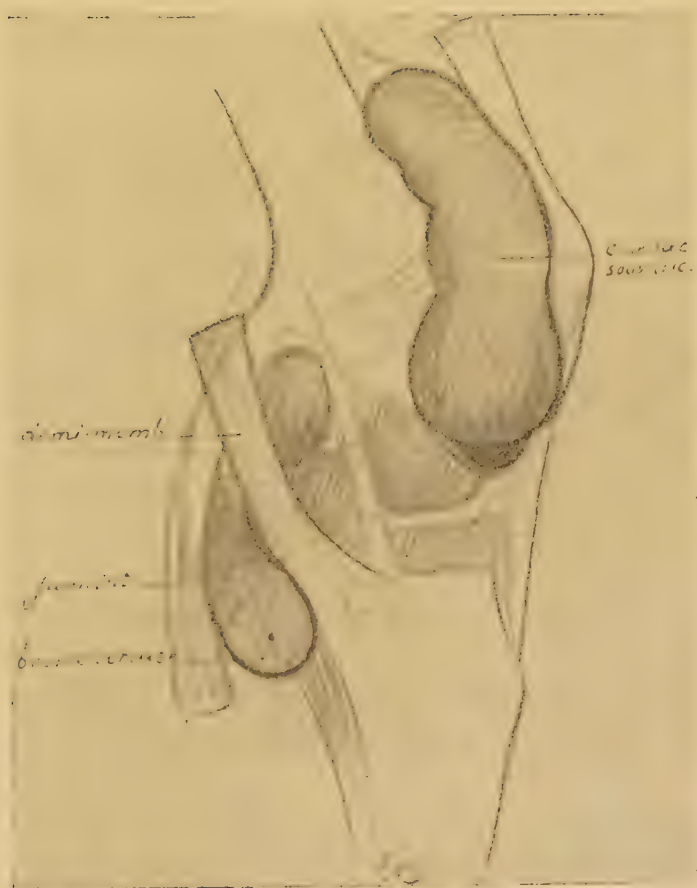


FIG. 1. — Distension de la synoviale, face interne.

très accusées et, en quelques jours le cul de sac sous-tricipital peut se rompre sournoisement à la face profonde du quadriceps. Un drainage latéro-rotulien s'impose dès le début, le plus souvent associé au drainage du cul de sac sous-quadricipal.

Par contre, les récessus sous-méniscaux, les prolongements poplités sont indemnes ou du moins présentent des altérations minimales qui n'imposent pas un drainage spécial à leur niveau.

Plus tard, toute la synoviale participe à l'infection et l'expérience de la guerre a montré l'extrême fréquence de l'ouverture spontanée dans les loges musculaires de la jambe à la faveur de la bonne sereuse du jumeau interne et du demi-membraneux (fig 1).

La synoviale enflammée s'épaissit considérablement, prend un aspect lardacé et devient friable. Elle se prête à la suture aux lèvres cutanées, parce qu'elle est distendue et épaisse, mais avec des précautions de technique qu'impose sa friabilité.

Le cul de sac sous-tricipital remonte très haut au-dessus de la base de la rotule. Il est tout entier couvert par la masse musculaire qui complique le drainage.

b) Rapports du cul de sac sous-tricipital avec le muscle quadriceps

Dans les arthrotomies que l'on pratique à la manière classique on se contente trop souvent d'arrêter les incisions latéro-rotuliennes vers le haut au moment

cù l'on rencontre l'épaisse nappe des fibres musculaires : le cul de sac se trouve, de ce fait, insuffisamment drainé.

Veut-on faire mieux ? Ou bien on poursuit l'incision vers le haut, parallèlement au bord de la masse musculaire, mais alors le cul de sac est éloigné des **téguments** et ne se draine qu'en déversant son contenu dans les loges celluleuses sous-musculaires, au risque de créer des fusées purulentes sous les muscles de la cuisse, ou des lymphangites qui aggravent le pronostic.

Ou bien on incise franchement le muscle perpendiculairement aux fibres, au risque d'hémorragies désagréables et de résorption septique.

Ou bien, ce qui est mieux, on ajoute au drainage latéro-rotulien le drainage du cul de sac à travers les muscles de la cuisse. Cela impose la mise en place de drains multiples et on n'évite pas l'infection de la loge sous-quadricipitale.

C'est précisément parce qu'elle réduit au minimum le passage du pus dans les loges celluleuses que les avantages de l'arthrostomie apparaissent.

Mais, dans sa réalisation même, le muscle est encore l'obstacle dont il faut tenir compte.

Sans doute, on a pu pratiquer l'arthrostomie par de courtes incisions latéro-rotuliennes, n'intéressant pas le muscle, mais alors, elle est insuffisante à elle seule à assurer le drainage et oblige au drainage combiné transmusculaire du cul de sac.

Essaie-t-on de longer le bord musculaire en prolongeant l'incision parallèlement à lui ? Alors la suture

de la synoviale à la peau devient aléatoire : les fils tirent, la synoviale se déchire. On perd les avantages de l'arthrostomie.

C'est pourquoi il faut connaître la disposition des fibres du quadriceps, parce qu'elles imposent une technique un peu particulière.

L'arthrostomie suffit à elle seule à assurer largement le drainage du cul de sac jusqu'à son point culminant, mais c'est l'incision latérale externe seule qui peut être remontée assez loin vers le haut pour assurer ce drainage.

Le muscle vaste interne limite très tôt vers le haut l'incision latéro-rotulienne interne, à hauteur de la base de la rotule l'épais ruban de ses fibres, exclusivement musculaires, barre la route, en travers de l'incision. On ne pourrait aller plus haut, si l'on veut suturer la synoviale à la peau, sans trancher en plein muscle, il faut y renoncer.

En dehors par contre, la disposition des fibres musculaires du vaste externe est différente et permet de remonter l'incision et d'ouvrir jusqu'à son sommet le cul de sac sous-tricipital, (fig. 3).

D'une part, dans les cas moins favorables, le bord du muscle est très oblique, et non transversal comme celui du vaste interne ; on peut à la rigueur inciser parallèlement à lui et trouver la possibilité d'aboutir la synoviale à la peau de façon convenable.

Dans les cas plus heureux on se trouve, par une incision latéro-rotulienne parallèle à l'axe du membre en présence non pas de fibres musculaires, mais d'un tendon lamelleux sur lequel un chef inférieur de fibres



FIG. 3. — Les incisions de l'arthrostomie
leurs rapports avec le muscle qua-
driceps.

musculaires s'insère, en dehors du lieu de l'incision, de sorte qu'il suffit de fendre ce ruban tendineux pour se trouver au contact de la synoviale.

De l'avis du professeur agrégé P. Bonnet, la clef d'une bonne arthrostomie est dans l'incision latérale externe latéro-rotulienne, parallèle à l'axe du membre.

Vers le bas, par contre, il n'y a aucune difficulté. Le drainage s'arrête à hauteur du ménisque qui forme le sol de la grande synoviale. L'arthrostomie une fois exécutée, la surface de la synoviale part du ménisque et déverse le contenu articulaire à la manière d'une gargouille.

CHAPITRE II

Technique opératoire

1° Tracé des incisions

a) INCISION LATÉRO-ROTULIENNE INTERNE

A un bon travers de doigt de la rotule, l'incision latéro-rotulienne est tracée, s'écartant légèrement de l'axe du membre vers le haut. Elle commence en bas, à 2 cm. au-dessous de la pointe de la rotule et remonte en haut de façon à bien découvrir la nappe musculaire transversale du vaste interne, c'est-à-dire à environ 2 cm, au-dessus de la base de la rotule.

b) INCISION LATÉRO-ROTULIENNE EXTERNE

A un bon travers de doigt de la rotule, l'incision est tracée *parallèlement* à l'axe du membre.

Elle commence en bas, à 2 cm. au-dessous de la pointe de la rotule. Elle remontera vers le haut jusqu'aux limites extrêmes du cul de sac sous-tricipital

que le doigt introduit dans l'article, permettra de reconnaître.

2° Position de l'opérateur

Le membre malade repose sur un léger coussin, placé sous le creux poplité (oreiller, drap plié).

L'opérateur, quel que soit le côté, se place en dehors, l'aide en face de lui.

Opération proprement dite

1° INCISION LATÉRO-ROTULIENNE INTERNE

L'incision intéresse d'abord les téguments ; puis l'épais surtout aponévrotique, sur toute la longueur de l'incision cutanée. La synoviale se trouve généralement ouverte à ce moment.

Aux ciseaux, une branche introduite profondément sous la membrane synoviale et la soulevant, de façon à ce que les lèvres de la synoviale coïncident avec les lèvres de l'incision cutanée, on incise la synoviale, d'abord vers le bas, en ne s'arrêtant qu'au plan solide du ménisque ; puis vers le haut, jusqu'à la limite des fibres musculaires légèrement réclinées.

Les lèvres de la synoviale sont alors unies aux lèvres des téguments par un surjet très lâche ou des points séparés, au catgut (qui coupe moins), (fig 4).



FIG 4. — L'arthrostomie interne.

Si on utilise le surjet, qui est mieux parce que plus rapidement exécuté, il ne faut pas exécuter toute la suture avec le même fil, ce qui aurait l'inconvénient de resserrer les lèvres de la synoviale comme avec les cordons d'une bourse, mais utiliser un fil pour la lèvre antérieure, un fil pour la lèvre postérieure. On obtient ainsi un étalement maximum de la synoviale.

Il reste toujours, de part et d'autre de l'abouchement à la peau, au niveau des commissures cutanées, une plaie cruentée.

Il vaut mieux ne pas la suturer, mais la combler lâchement avec une petite compresse de gaze imprégnée d'éther ou d'un antiseptique tel que le liquide de Dakin.

2° INCISION LATÉRO-ROTULIENNE EXTERNE

Elle est conduite comme la précédente. Il est habituel de rencontrer, plus souvent qu'au cours de l'incision interne, une artère articulaire supérieure, qui gagne perpendiculairement la base de la rotule, et nécessite une ligature.

Le premier plan aponévrotique incisé, on se trouve en présence du plan tendineux du vaste externe que l'on va reconnaître vers le haut de façon à découvrir le ruban tendineux dépouvu de fibres musculaires sur lequel on incisera.

L'index gauche introduit dans la plaie interne, jusqu'au sommet du cul de sac, que l'on doit atteindre, soulève la synoviale et la présente aux ciseaux qui achèvent la section de bas en haut.

Suture aux téguments comme précédemment (fig. 5).

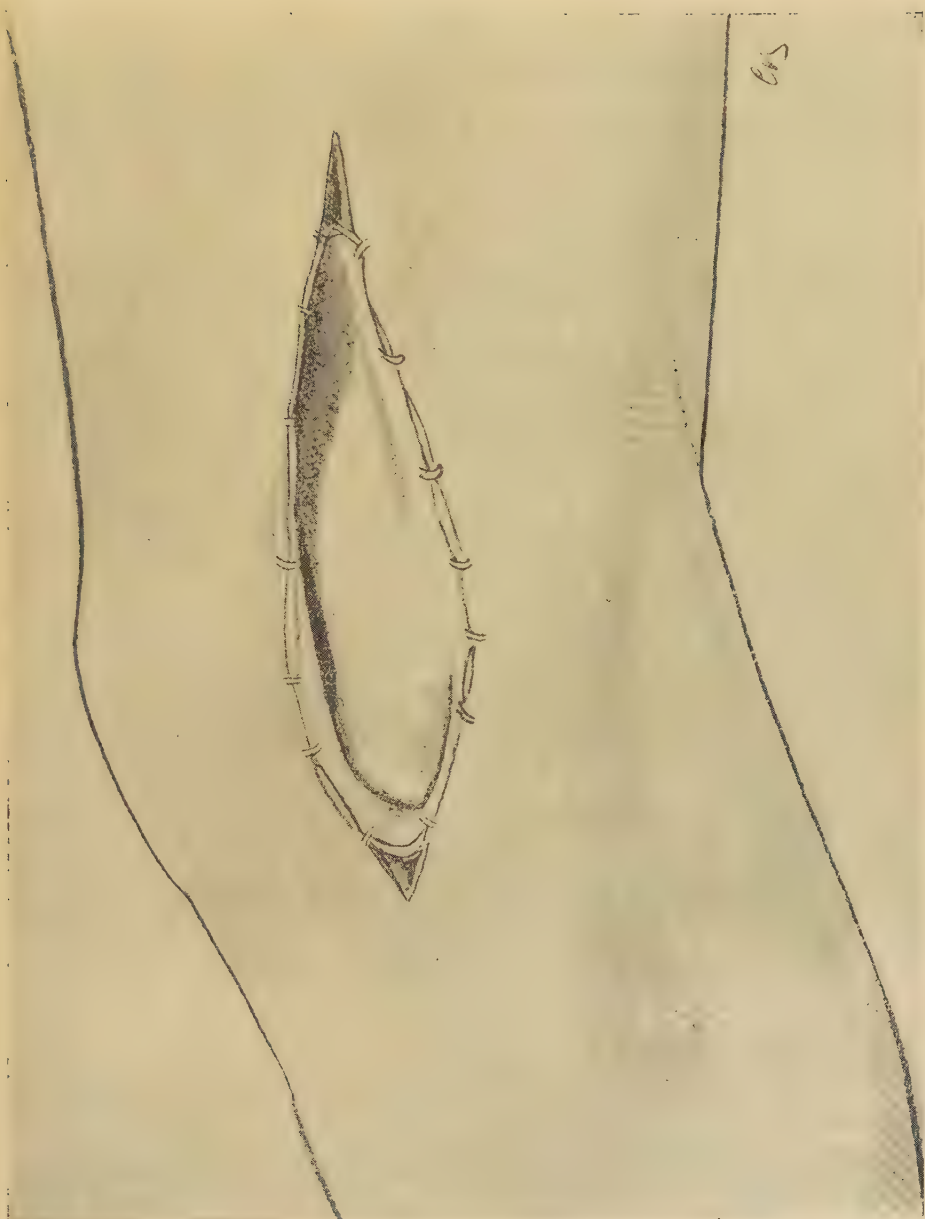


Fig. 5

Fig. 5. — L'arthrostomie externe

3° TRAITEMENT DE LA SYNOVIALE

La synoviale apparaît largement étalée.

Un doigt soulevant la rotule on pratique un lavage de la synoviale à l'éther qui achève de déterger les fausses membranes.

Avec cette technique de l'arthrostomie on peut se passer complètement de drains.

Le professeur agrégé P. Bonnet se contente d'introduire mollement sous chaque incision une compresse de gaze imprégnée d'éther ; il tasse légèrement vers le bas, au contact des ménisques, de façon à réaliser un soulèvement de la rotule.

On pourrait adjoindre au drainage, avec avantage, la suspension de la rotule, préconisée par le professeur Patel.

4° GRAND PANSEMENT PUIS IMMOBILISATION DANS UNE GOUTTIÈRE PLATRÉE REMONTANT JUSQU'À L'ISCHION.

Soins consécutifs

Ce sont ceux de l'arthrotomie ordinaire. Deux recommandations essentielles doivent être mises en évidence :

1° *On panse toujours trop souvent un malade qui a subi une arthrotomie ou une arthrostomie du genou.* Le professeur Tixier a toujours insisté dans son enseignement sur l'importance du pansement rare. Nous n'insisterons pas sur cette recommandation devenue classique, mais trop souvent négligée.

On se contente de surveiller le malade. S'il va bien, on attend, indéfiniment, c'est-à-dire un mois et même davantage, avant de faire le premier pansement.

Si la température s'élève avec de grandes oscillations, si le pouls s'accélère, si le malade ne dort pas, s'il souffre au contact du lit, on est bien obligé de faire le pansement, mais alors c'est surtout avec le désir de parfaire l'immobilisation.

2° On doit profiter du premier pansement pour immobiliser le malade. — Ce que l'on n'avait pas pu faire convenablement sous anesthésie lors de l'opération — dans une grande attelle plâtrée pelvi-dorso-pédieuse.

Ce n'est souvent qu'à dater de ce moment que le malade retrouve immédiatement le sommeil et que la température, après une élévation passagère, tombe à la normale.

Ce sont là les principes essentiels du traitement, que le professeur Tixier a mis en évidence.

Nous sommes loin, on le voit, de ces appareils à anse, trop préconisés pendant la guerre, en vue de pansements fréquents, et qui sont responsables de tant d'amputations tardives, suivies de mort.

CHAPITRE III

Les résultats

Encore une fois nous n'avons en vue que les synovites suppurées, et non les arthrites traumatiques compliquées de désordres osseux, (fractures ou pénétration d'éclats d'obus). C'est pourquoi nous n'apportons pas la statistique des cas opérés pendant la guerre par le professeur Tixier et par le Dr Bonnot qui comprennent trop de faits où la synovite suppurée n'était qu'accessoire.

Nous pensons qu'on ne doit pas mourir de synovite suppurée d'origine traumatique si l'on obéit aux règles d'une bonne arthrotomie ou d'une bonne arthrostomie (y compris les soins consécutifs).

Il peut en être autrement lorsque la synovite suppurée du genou est symptomatique d'une septicopyohémie, à manifestations multiples, bien que le plus souvent elles aboutissent à la guérison.

Si nous n'envisageons que les arthrites traumatiques, le blessé doit guérir, avec récupération partiel-

le des mouvements du genou. Le résultat sera d'autant meilleur que l'intervention aura été précoce. Cependant le malade dont nous rapportons l'observation a retrouvé l'intégrité presque complète des mouvements, bien qu'il ait été opéré tardivement à une période où il présentait localement un œdème de la cuisse symptomatique d'une lymphangite profonde, et un état général très altéré. Nous ne citons que pour mémoire le résultat d'une plaie articulaire opérée pendant la guerre par le professeur agrégé P. Bonnet : un blessé fut amené à Bunang, au 4^{oe} jour de sa blessure, avec les signes d'une arthrite supurée. L'arthrostomie fut appliquée. Il existait du liquide louche dans l'articulation. Un éclat d'obus du volume d'une noisette fut extrait au contact condyle fémoral.

Les suites furent tellement simples que le premier pansement fut pratiqué au 15^e jour, et le plâtre enlevé. On voyait à ce moment la synoviale refermée par soudure de ses surfaces, formant à fleur de peau une surface bourgeonnante.

Huit jours après, à la 3^e semaine, le blessé commençait à marcher. En moins d'un mois après la blessure, il avait recouvré la totalité des mouvements du genou.

CHAPITRE IV

Les indications

Ce sont celles de toutes les arthrites suppurées du genou, et l'on peut dire que l'arthrostomie est un perfectionnement de l'arthrotomie à rechercher, quand ce ne serait que par l'obligation qu'elle impose de faire tout d'abord une bonne arthrotomie.

Cependant l'arthrostomie ne résume pas la thérapeutique de toutes les arthrites suppurées du genou. Elle est trop souvent impuissante à guérir les arthrites compliquées de désordres osseux, les ostéo-arthrites.

Elle trouve ses indications et suffit à elle seule à assurer la guérison, sous réserves de soins consécutifs bien conduits, dans les synovites suppurées du genou. Faut-il étendre ces indications aux plaies articulaires, observées dans les premières heures ? C'est un point qui mérite d'être discuté.

a) Dans les plaies articulaires du genou, sans pénétration de corps étrangers, plaies par coup de

hache, par instrument piquant ou tranchant, l'arthrostomie, comme l'arthrotomie, peut être différée.

L'immobilisation parfaite du membre, peut suffire à elle seule, à assurer la guérison, et l'on est autorisé à attendre les signes avertisseurs de l'infection articulaire pour intervenir.

b) Dans les plaies articulaires par éclats d'obus, sans pénétration osseuse, on a, pendant la guerre, sous l'impulsion de Delore, pratiqué l'ouverture de la synoviale, l'extraction de l'éclat, et terminé par la suture de la synoviale.

Le professeur agrégé P. Bonnet l'a fait, comme tout le monde, mais après avoir observé le blessé dont il a été parlé plus haut y a définitivement renoncé en faveur de l'arthrostomie, qui a l'avantage d'aboutir à un résultat fonctionnel équivalent et ne risque pas d'exposer, comme la fermeture de la synoviale, à des accidents d'arthrite secondaire souvent très graves.

Nous n'avons discuté jusqu'ici que les indications de l'arthrotomie en général, en vue d'envisager les cas extrêmes de ses indications.

Quels sont les avantages de l'arthrostomie sur l'arthrotomie simple ?

Nous avons dit déjà que l'arthrostomie est un perfectionnement en ce sens qu'elle oblige à pratiquer une bonne arthrotomie.

Son avantage essentiel est de mettre les loges musculaires, le tissu cellulaire sous-cutané à l'abri de l'écoulement purulent. L'arthrotomie simple ouvre la synoviale, mais l'écoulement de pus se fait sur les surfaces cruentées, qui résorbent, s'insinue dans des

loges cellulaires intermusculaires ; il en résulte sinon des fusées purulentes, du moins des lymphangites profondes susceptibles d'aggraver le pronostic.

L'arthrotomie est un drainage à distance, analogue si on veut à la cholécystostomie à distance, à la manière de Poppert ; *l'arthrostomie est un pensement à plat de la synoviale.*

Observation

OBSERVATION

(Clinique du professeur TIXIER)

(Due à l'obligeance du D^r P. Bonnet),

Un homme de 44 ans se fit le 1^{er} mars 1930, une plaie par coups de hache, qui porta à la partie inférieure de la cuisse à 4 cm. au-dessus de la rotule. Le médecin appelé vit une plaie linéaire, et s'empessa de la suturer, en plaçant des agrafes.

Dix jours après le malade fut amené à l'Infirmierie de garde de l'Hôtel-Dieu dans un état lamentable, amaigri, les traits tirés, le visage couvert de sueur, il avait l'aspect d'un grand infecté. La température était à 39°5. Localement les agrafes étaient en place, mais il y avait tous les signes d'une arthrite purulente avec distension de la synoviale. La cuisse était tellement œdématiée, luisante, rosée à la partie inférieure que l'on aurait pu croire à l'ouverture spontanée de la synoviale sous les muscles de la cuisse. On conclut qu'il s'agissait de lymphangite profonde.

D'urgence le D^r Bonnet appelé pratiqua une large arthrostomie, remontant en dehors jusqu'aux limites extrêmes du cul-de-sac sous-tricipital. Les lèvres de

la synoviale, épaissies, lardacées furent suturées aux lèvres de la plaie cutanée par un surjet au catgut. Lavage de l'articulation à l'éther, puis la synoviale articulaire fut comblée par une grande compresse de gaze imprégnée de liquide de Dubard jusque au fond du cul de sac sous-tricipital et soulevant la rotule. Aucun drain ne fut placé dans la plaie. Immobilisation dans une attelle plâtrée remontant à l'ischion. Injection de sérum antitétanique.

pendant une dizaine de jours la température oscille aux environs de 38°8 puis elle s'élève à 39°5, en même temps que le malade souffre et a de l'insomnie. Une légère traction exercée sur le membre par l'intermédiaire du plâtre n'apporte qu'un soulagement momentané. On se décide à faire le pansement, malgré qu'on ne soit qu'au douzième jour.

Le 22 mars, on refait le pansement. La mèche qui comblait la synoviale est enlevée. On ne voit rien d'anormal : la synoviale est propre est nette. Il n'y a pas de prolongement poplité. On pense que l'insuffisance de l'immobilisation est la cause des douleurs, de l'insomnie, de la fièvre. On refait un grand appareil plâtré enserrant le bassin pour réaliser une immobilisation complète du genou.

De ce jour la situation s'améliore, le blessé retrouve le sommeil, ne souffre plus. La température tombe progressivement. Elle est à 37°8 au trentième jour.

On laisse entre le premier pansement et le second un intervalle de 52 jours (plus d'un mois et demi). Le 13 mai, comme le malade est apyrétique depuis un mois on fait le pansement, on enlève le plâtre et

aussitôt après le pansement on permet au malade de se lever et de marcher.

Le 24 juin, le malade marche sans canne, avec un genou solide et sans ankylose. L'articulation a un jeu d'environ 30°. On pense qu'une grande partie des mouvements sera récupérée.

Le malade est revu en août. Il marche sans canne et a retrouvé l'amplitude presque complète des mouvements du genou.

Conclusions

I. — L'arthrostomie du genou, proposée par le Professeur Tixier, est une arthrotomie complétée par l'abouchement à la peau des lèvres de la synoviale.

II. — Elle est réalisable jusqu'aux limites du cul-de-sac sous-tricipital, à la faveur de dispositions anatomiques à connaître.

III. — Nous apportons les règles de la technique opératoire de l'opération de Tixier, d'après la manière dont la pratique habituellement le Professeur agrégé P. Bonnet.

IV. — Cette opération doit être considérée comme un perfectionnement de l'arthrotomie dont elle partage les indications.

V. — Elle est à recommander :

D'abord parce qu'elle exige au préalable une bonne arthrotomie ;

Parce qu'elle isole les loges cellulaires de la cuisse du contact du pus.

VI. — Elle doit être considérée comme un pansement à plat de la synoviale.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	TIXIER.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 24 Novembre 1930

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.

JOSEPH GHEUSI.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
<i>Chapitre Premier.</i> — Données anatomiques relatives à l'arthrostomie	11
<i>Chapitre II.</i> — Technique opératoire	19
<i>Chapitre III.</i> — Les résultats	27
<i>Chapitre IV.</i> — Les indications	29
OBSERVATION	33
CONCLUSIONS	37



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

42, QUAI GAILLETON

LYON



